

KANSALAI SJÄRJESTÖJEN ROOLI HIV -JA AIDS-TYÖSSÄ SWAZIMAASSA

Katri Virolainen

Opinnäytetyö, syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Länsi, Pori

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Virolainen, Katri. Kansalaisjärjestöjen rooli HIV -ja AIDS-työssä Swazimaassa. Kieli: suomi. Diak Länsi, Pori. Syksy 2012. 45 sivua.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän kvalitatiivisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kansalaisjärjestöjen toimintaa yleisesti terveydenhuollon palvelujen tuottajana ja erityisesti HIV- ja AIDS-työssä Swazimaassa. Aineistonkeruu toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella keväällä 2010, kansainvälisen harjoittelun aikana Swazimaassa. Lopullinen tutkimusaineisto sai muotonsa oppimispäiväkirjasta, haastattelumuistiinpanoista ja nauhoituksista. Aineiston purku kirjalliseen muotoon tehtiin sisällönanalyysinä apuna käyttäen.

Tutkimus sisälsi seitsemän (N=7) haastattelua joista kuusi (N=6) haastateltavaa oli Swazimaassa toimivien kansalaisjärjestöjen edustajia sekä yksi (N=1) haastateltava edusti Swazimaan hallituksen terveydenhuollon osastoa. He kaikki olivat aktiivisia toimijoita omalla alueellaan.

Tutkimus oli hyvin ajankohtainen, sillä Swazimaan terveystilastot ovat huolestuttavia. Köyhyys, kuivuus, kulttuurisidonnainen epätasa-arvo ja kasvava HIV-pandemia ravistelevat pientä valtiota. Aineisto osoitti kansalaisjärjestöjen olevan merkittävässä asemassa terveydenhuollon palvelujen tarjoajana ja kehittäjänä. Erityisesti juuri HIV- ja AIDS-työn näkyvyys oli suuri. Tarpeet ja palveluiden laatu sekä saatavuus eivät kohtaa Swazimaan terveydenhuollossa, joten järjestötyön rooli korostui erityisesti kenttä- ja valistustyössä valtion terveystilastojen aukkoja paikaten.

Opinnäytetyö avasi uudelleen silmät arjen keskellä taisteleville ihmisille. Puutteista ja epäkohdista huolimatta swazimaalaiset olivat iloista kansaa, mikä sai ajattelemaan länsimaisen kulttuurin arvoja ja asetelmia. Olemmeko oikeastaan niin erilaisia kuin luulemme ?

Asiasanat: kansalaisjärjestöt, HIV- ja Aids-työ, Swazimaa, terveyden edistäminen, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Virolainen, Katri. Role of Non-Governmental Organisations in HIV and AIDS Work in Swaziland. 45 pages. Language: Finnish. Pori, Autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Nursing. Degree: Nurse.

The main purpose of this study was to research, how non-governmental organizations (NGO's) worked generally as health service providers in Swaziland and specially in their role work with HIV and AIDS.

The material for this qualitative research was collected during the spring 2010, while practising as an exchange student in a local hospital. Interviews were implemented with semistructured questionnaires. A learning diary, notes on the interviews and recordings formed study data. The data were analyzed using content analysis.

The study included seven (N=7) interviews; six interviewees (N=6) were active NGO's in Swaziland and one interviewee represented the Swaziland government health department.

The study was very current as the Swaziland health statistics are so alarming. Poverty, drought, culturebound inequality and growing HIV pandemic are shaking the small country. The data showed NGO's played a significant role as health care service provider and developer. Particularly, HIV and AIDS work was getting huge amount of visibility. Needs and the quality of services as well as access to health care services do not meet. That is why organizational work was emphasized specially in educational and field work trying to fill up gaps in the activities of the government.

The thesis re-opened the eyes, of struggling people in the midst of everyday life. Despite shortcomings and flaws, Swazi citizens are a joyful people, so this made think about the values of western culture and compositions. Are we really so different as we think!?

Keywords: non-governmental organizations, HIV- and Aids-work, Swaziland, health promotion

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	7
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	
2.1 Transkulttuurinen hoitotyö.....	9
2.2 Terveysten edistäminen.....	12
2.3 Kansalaisjärjestöt.....	13
2.4 HIV- ja AIDS- työ.....	14
2.5 HIV ja AIDS kehitysmaissa.....	15
3 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ	
3.1 Swazimaa.....	18
3.2 Ihmisoikeudet.....	19
3.3 Terveyspalvelut.....	20
3.4 HIV ja AIDS tilanne Swazimaassa.....	22
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja kysymykset.....	24
4.2 Tutkimusmenetelmät ja prosessi.....	25

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Kansalaisjärjestöjen rooli terveydenhuollossa.....27

5.2 Kansalaisjärjestöjen Hiv- ja Aids-työ.....30

5.3 Järjestöjen saavutettavuus.....32

5.4 Terveydenhuollon kehityshaasteet.....33

6 JOHTOPÄÄTÖKSET.....35

7 POHDINTA.....37

7.1 Tutkimusetiikka ja luotettavuus.....39

LÄHTEET.....41

LIITE 1.....45

1 JOHDANTO

Äärimmäinen kuivuus ja yleinen köyhyys, joka on jatkunut jo vuosia Swazimaassa, vaikuttaa eniten juuri köyhien ihmisten selviytymiseen. Lisäksi Hiv tilastot ovat erityisen surullisia. Nämä kolme ongelmaa ovat sotkeutuneet toisiinsa; HIV/AiDS yhdessä köyhyyden kanssa aiheuttavat lisää köyhyyttä ja vaikeuttaa elintarviketuotantoa joka taas puolestaan johtaa terveydentilan heikkenemiseen. Yksipuolinen ja puutteellinen ravinto aiheuttaa lukuisia sairauksia ja heikentää yleistä terveystilannetta (Suomen Punainen Risti 2010).

Valtion tarjoamat terveyspalvelut on jaettu kolmeen osaan; valtion klinikat, ”terveyskeskukset” ja sairaalat. Näiden lisäksi on joukko yksityisten tahojen, kirkon ja kansalaisjärjestöjen ylläpitämiä terveyspalveluja, klinikoita ja sairaaloita.

Swazimaa on valtio, jossa näkyy kehityksen, tasa-arvon ja ihmisarvon puute. Tulevaisuus näyttää heikolta, eikä valitettavasti edes ihmisoikeusjärjestöillä ole painavaa jalansijaa siellä. Voimme ainoastaan vain toivoa, että tulevaisuus muuttaisi maan suuntaa.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa kansalaisjärjestöjen roolista terveydenhuollossa Swazimaassa sekä erityisesti HIV- ja AIDS- työn alueella, yhteisön näkökulmasta ja terveyden edistämistä sekä Leiningerin transkulttuurista hoitomallia ajatellen.

Tämä aihe nousi esiin kun olin lähdössä kansainväliseen vaihtoon Swazimaahan helmikuussa 2009, jolloin Maputossa, Mosambikissa toimivalta Suomen suurlähetystöltä tuli tutkimuspyyntö vaihto-ohjelmakoordinaattorillemme. Tutkimus tuntui hyvältä ajatukselta ja antoi mahdollisuuden yhdistää Swazimaassa vietetyn ajan, opinnäytteen tekemisen ja tutkimuksen toteuttamisen. Tietoa ennen lähtöä kerättiin journalistisista lähteistä ja paikan päällä kvalitatiivista haastattelumuotoa käyttäen, apuna kirjallisuutta tutkien.

Toimin sairaanhoidon harjoittelijana paikallisessa Raleigh Fitkin Memorial sairaalassa, missä pääsi hyvin sisälle Swazikulttuuriin ja helpotti omaksumaan monikulttuurisen hoitotyön mallia. Tämän lisäksi saimme osallistua Swazimaan yliopiston kaksiviikkoiseen intensiivityöskentelyyn north-south-south-projektissa. Tarkoituksena oli tutkia vanhusten elinoloja maaseudulla yhteistyössä Diakonia-ammattikorkeakoulun, Turun ammattikorkeakoulun, Swazimaan yliopiston ja Botswanan yliopiston kanssa. Tämä mahdollisuus antoi erinomaiset välineet tutkimuksen tekemiselle vieraassa kulttuurissa ja auttoi alkuun järjestöjen etsimisessä.

Swazimaassa suuri osa väestöstä elää tänä päivänäkin vanhojen uskomusten ja tapojen arkipäivää. Järjestöjen tavoitteena ei missään tapauksessa ole korvata vanhaa uudella, vaan auttaa ihmisiä ymmärtämään ja oppimaan uutta. Kansalaisjärjestöt ovat kansalaisia yhteen kokoavia ja hallituksesta riippumattomia tahoja.

Tutkimus osoitti laajalti haastavuuden terveyden edistämistyössä, jonka kohderyhmänä toimi mm. HIV-positiiviset.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Monikulttuurinen hoitotyö viittaa erilaisten kulttuurien parissa tehtävään hoitotyöhön tai hoitoyhteisöön, jonka työntekijät ja asiakkaat ovat peräisin erilaisista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Monikulttuurisissa hoitosuhteissa ja yhteisöissä huomioidaan ihmisten lähtökohdat, ja kanssakäymistä leimaa erilaisuuden kunnioitus, tasa-arvoisuus ja yhdenvertaisuus. Päämääränä on asiakkaan kulttuurisen taustan huomioiminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009, 18-19)

Sairaanhoitajana tulisi kehittyä siis ymmärtämään monia erilaisia ihmisiä ja heidän taustojansa. Tämä on haaste, joka elää joka askeleella hoitotyössä, sillä ihmisen ja yhteiskunnan moninaisuus on ilmeistä sekä hyvin tiukasti kiinni opituissa kulttuurissa.

2.1 Transkulttuurinen hoitotyö

Monikulttuurisuus on ilmiönä vanha mutta käsitteenä nuori. Monikulttuurisuudella tarkoitetaan erilaisten ihmisten ja ihmisryhmien elämistä samassa ajassa ja tilassa. Hoitotyössä tämä tarkoittaa erilaisten kulttuurien parissa tapahtuvaa hoitotyötä tai hoitoyhteisöä, jonka työntekijät ja asiakkaat ovat peräisin erilaisista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. (Abdelhamid 2009, 18)

Transkulttuurisen hoitotyön teoreetikot kiteyttävät yksimielisesti, että kulttuuri vaikuttaa yksilön käsityksiin terveydestään ja sairaudestaan sekä tapaan reagoida sairauden ennaltaehkäisyä tai sen hoitomenetelmiä.

Madeleine Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön teoria, kertoo transkulttuurisen hoitotyön olevan tärkeä hoitotyön alue, minkä avulla keskitytään maailman eri kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen sekä analysoimiseen. Erityisesti hoitamiskäyttäytymisen, hoitotyön sekä terveyttä ja sairautta koskevien arvojen ja uskomusten osalta on päämääränä on muodostaa tieteellinen ja humanistinen tietoperusta eri kulttuureille ominaisten ja kaikille kulttuureille yhteisten hoitotyön käytäntöjen tuottamiseksi. (Leininger. 1994, 413)

Transkulttuurisen hoitotyön päämääränä ei ole pelkästään tulla tietoiseksi eri kulttuureista tai oppia ymmärtämään niitä. Tavoitteena on tehdä kulttuurista ammatillisen hoitotiedon ja hoitokäytännön perusta, joka antaa lähtökohdan käsitteiden muodostamiselle sekä hoidon suunnittelulle ja toteuttamiselle.

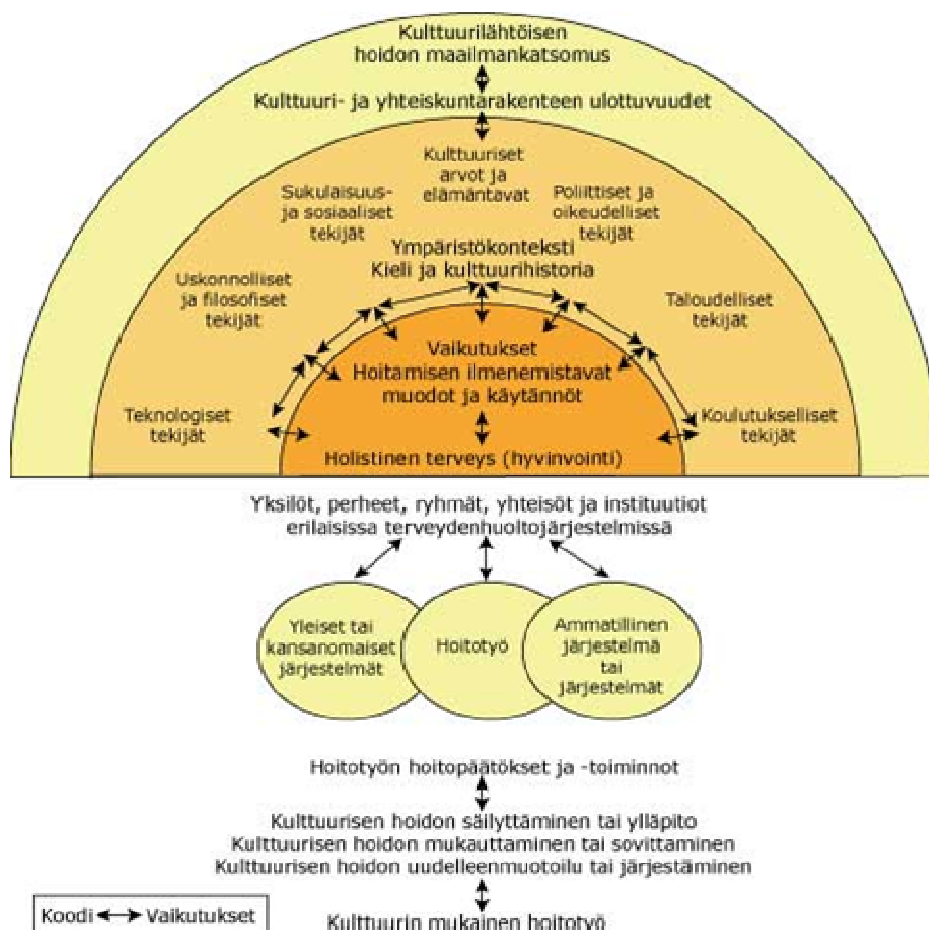
Leiningerin mukaan eri kulttuureihin kuuluvat ihmiset pystyvät enimmäkseen itse kertomaan ja ratkaisemaan millaista hoitoa he haluavat tai tarvitsevat hoitoalan ammattilaisilta. Koska kulttuuri on ihmisten ratkaisuihin ja toimiin vaikuttava totunnainen elämäntapa, tämä teoria on suunnattu sairaanhoitajille, jotta he ymmärtäisivät asiakkaan maailmaa ja käyttäisivät näkemyksiään, tietojaan ja hoitokäytäntöjään kulttuurinmukaisten ammatillisten toimintojen ja ratkaisujen lähtökohtana.

Kulttuurilähtöisen hoidon teoria on itse asiassa laajin holistinen hoitotyön teoria, koska se ottaa huomion ihmisen elämän ja olemassaolon ajan mittaan muuttuvan kokonaisuuden, johon kuuluvat yhteiskuntarakente, maailmankuva, kulttuuriarvot, ympäristöolosuhteet, kielelliset ilmaisut sekä kansanomaiset ja ammatilliset hoitojärjestelmät. (Marriner-Tomey & Viitanen. 1994, 414)

Monikulttuurinen osaaminen tarkoittaa siis sitä, että sairaanhoitaja tuntee kulttuurin merkityksen terveyden edistämisessä, osaa työskennellä eri kulttuureita edustavien yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa sekä monikulttuurisessa työyhteisössä sinänsä. Terveydenhuollon ammattilaisella yhteiskunnallisen osaamisen taas tulisi sisältää tuntemusta yhteiskunnan eri suuntauksista, huomioida tasa-arvon toteutuminen ja syrjäytymisen uhat sekä osata toimia ennaltaehkäisevästi epäkohtien vähentämiseksi.

Kulttuurilähtöisen hoidon teorian perusolettamus on, että inhimillinen hoitaminen on yleismaailmallinen ilmiö, mutta hoitamisen mallit vaihtelevat eri kulttuureissa. Hoidon päämäärä ja hoitotoiminnot vaihtelevat kulttuurista toiseen, koska eri kulttuureja edustavilla ihmisillä on erilainen maailmankatsomus, yhteiskuntarakenteen ja erilaiset kulttuuriarvot. (Alexander ym. 1994, 413.)

Leininger kehitti niin sanotun auringonmallin (Kuva1) kuvatakseen teoriaansa ja sen pääelementtejä. Auringonmallissa on kaksi puoliskoja, jotka vaikuttavat toisiinsa. Yhdistettyinä näistä puoliskoista muodostuu kokonainen aurinko, jonka sisältö sairaanhoitajan on ymmärrettävä pystyäkseen toteuttamaan inhimillistä hoitoa eri kulttuureista tulevien asiakkaiden kanssa. (Alexander ym. 1994, 420.)



Kuva 1. Leiningerin auringonmallin.

2.2 Mitä on terveyden edistäminen ?

Käsitykset terveydestä, sairaudesta ja sen parantamiskeinoista vaihtelevat eri kulttuureissa. Siellä, missä terveydenhuoltoa on vähän tarjolla, sairasta yritetään ensisijaisesti parantaa kansanomaisilla parannuskeinoilla. Terveys on siis hyvin laaja käsite, joka sisältää yksilöllisiä vastauksia monista eri lähtökohdista riippuen. Oikeastaan siihen ei ole edes yhtä oikeaa vastausta tai tiukkaa määritelmää.

Terveydenhuollon ammattilaiset oppivat yhtenä ensimmäisenä asiana terveydestä, että se on fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista. Tämä kuvataan usein päällekkäisinä ympyröinä, jotka jokainen omalta osaltaan kietoutuvat toisiinsa. WHO:n muodostama käsitys siis on ' *Terveys on täydellisen fyysistä, henkistä, hengellistä ja sosiaalista hyvinvointia.*' (Vertio. 2003, 27)

Terveyden edistäminen on siis toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. (Vertio. 2003, 29)

Terveellinen ympäristö, elintavat, yhteisön toiminta sekä henkilökohtaisten taitojen kehittäminen nähdään omina vaikuttavina osa-alueinaan terveyttä edistävässä toiminnassa. Terveyspalvelujen kehittäminen sekä tarpeiden mukainen suuntautuminen omana ja ehkä yhtenä oleellisimpana tekijänä tukee näitä lähtökohtia. (Vertio. 2003, 31).

Terveyden edistäjän onkin siis ymmärrettävä ja tiedostettava ihmisten omia tarpeita, näkemällä, kokemalla ja kysymällä sekä jättää ihmisille tilaa omaan päätöksentekoon. Tottumukset ja tavat ovat tiukassa etenkin köyhissä maissa, joten terveyden edistäminen tällaisissa maissa ei suinkaan ole siis aina yksinkertaista. Muutoksen tulisi lähteä omasta itsestä, sisältäpäin. Järjestötyössä tavoitteena onkin avustaa ja ohjata paikallista väestöä ymmärtämään ja haluamaan itse muutosta.

2.3 Kansalaisjärjestöt

Sosiaali- ja terveysjärjestöillä tarkoitetaan järjestöjä, joiden tarkoituksena on joko jonkin erityisryhmän, oman jäsenistön tai hyvinkin laajan väestönosan fyysisen, psyykkisen ja/tai sosiaalisen hyvinvoinnin tukeminen tai edistäminen. (Vuorinen. 2005, 13.)

Yhteiskunnassa toimii kolme sektoria, yksityinen, julkinen ja kolmas sektori. Kolmanteen sektoriin kuuluvat erilaiset järjestöt ja yhdistykset, joiden organisaatio, päätöksenteko ja toimintatapa saattavat esimerkiksi vapaaehtoisuustoiminnan vuoksi olla epämuodollisempia kuin kahden ensimmäisen sektorin organisaatioiden. Nämä sektorit eivät tavoittele ensisijaisesti taloudellista voittoa vaan päätavoite on ”*social profit*”, eli esim. afrikkalaisen kylän tytöille annettu koulunkäynti mahdollisuus tai vaikkapa HIV-työ. Näitä sanotaan ’*valistus ja hyväntekeväisyysjärjestöiksi*’. Kyseessä saattaa olla valistus-, avustus- tai kulttuurijärjestö, esim. Punainen risti, Amnesty tai Unicef. Näissä organisaatioissa pyritään siis antamaan mm. valistusta aidsista ja aidspotilaista sekä tukemaan sairastuneita, tarjoamaan raha- ja materiaalitukea katastrofikohteille tai edistämään vaikkapa vapaaehtoistoimintaa. (Vuokko. 2004, 15-22.)

Kansalaisjärjestö on kansalaisia yhteen kokoava, hallituksista riippumaton järjestö. Termi kansalaisjärjestö vastaa englanninkielistä ilmausta ’*non-governmental organization*’ (lyh. NGO), joka sai alkunsa YK:n peruskirjan 10. luvun artiklan 71 antamasta mahdollisuudesta pyytää lausuntoja jäsenvaltioista ja niiden hallituksista riippumattomilta järjestöiltä. YK:n ympäristö- ja kehityskonferenssissa Rio de Janeirossa vuonna 1992 hyväksytty maailmanlaajuinen kestävän kehityksen toimintaohjelma Agenda 21 tunnusti kansalaisjärjestöjen elintärkeän roolin kestävässä kehityksessä. (Suomi sanakirja, 2010.)

Kansalaisjärjestöillä voi olla mitä moninaisempia tarkoituksiperiä. Yhdistysten ja järjestöjen jäsenet pyrkivät edistämään yhteisiä tavoitteita tai arvoja. Päämäärät saattavat olla esimerkiksi poliittisia tai sosiaalisia. Myös toimintamuodot

vaihtelevat: jotkin kansalaisjärjestöt keskittyvät vaikuttamaan päätöksentekijöihin tai yksityisiin kuluttajiin, kun toiset esimerkiksi jakavat ruokaa puutteenalaisille tai tekevät kehitysyhteistyötä aivan ruohonjuuritasolla.

Yhteiskunnan kehittyessä kansalaisjärjestöjen rooli on entisestään korostunut juuri terveyden edistämistyössä, sillä monien järjestöjen toiminta, tavoittaa ihmisiä, jotka eivät hakeudu tai pääse julkisen palvelujärjestelmän pariin. (Särkelä & ym. 2005, 13). Hyvänä esimerkkinä toimii Swazimaan köyhillä maaseuduilla asuvat ihmiset, sekä vanhukset, orvot ja lapset.

2.4 HIV- ja AIDS-työ

Kehitysyhteistyöllä pyritään köyhyyden ja eriarvoisuuden vähentämiseen, selvittämään konfliktien perimmäiset syyt, luomaan taloudellista, sosiaalista ja institutionaalista pohjaa kansainväliselle rauhalle ja turvallisuudelle. Kehitysyhteistyö käytännössä tarkoittaa sosiaaliin peruspalveluihin panostamista esm. Koulutuksen, terveyden, elintarviketurvan sekä puhtaan veden saamisen turvaamisen kautta. (Halonen & Haavisto 1999, 1-5.)

Kehitysyhteistyö toimii myös osana terveydenedistämistyötä maailmalla. Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevassa yleissopimuksessa sanotaan, että jokaisella on oikeus korkeimpaan saavutettavissa olevaan ruumiin- ja mielenterveyteen. Sopimuksen tehneet valtiot ovat sitoutuneet ryhtymään välttämättömiin toimenpiteisiin mm. lapsikuolleisuuden vähentämiseksi, lasten terveyden edistämiseksi, tarttuvien tautien ehkäisemiseksi sekä lääkäri- ja sairaalapalveluiden takaamiseksi kaikille. (Halonen & Haavisto 1999, 26-27.)

HIV ja AIDS ovat tuhonneet maita, kansoja ja perheitä, jättäen miljoonia orvoiksi ja pyyhkien kokonaisia sukupolvia pois. Hi-virusta kantaa 33,3 miljoona ihmistä, joista

miljona asuu Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa. Aids-orpojen lukumäärän ennustetaan nousevan 25 miljoonaan vuoteen 2020 mennessä. (Unicef 2008.)

Hiv- ja aids-työtä tekevät onneksi nykyään monet järjestöt, joista näkyvimpinä maailmanlaajuisesti ovat Punainen risti, Unicef ja World Vision. Työn yksi tärkeimmistä tavoitteista on vähentää sairastuneiden ihmisten syrjintää ja leimautumista entisestään. Sairastuneen pitäisi voida puhua estoitta sairaudestaan, ilman häpeää.

2.5 HIV ja aids kehitysmaissa

HIV tulee sanasta Human Immunodeficiency virus, joka tarkoittaa immuunikatovirusta. AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) tarkoittaa HIV:n päätösvaihetta. HIV tarttuu elimistön eritteistä, nesteistä ja kudoksista. Yleisimmät tartuntavat ovat suojaamaton seksi, tartutus synnytyksessä äidistä lapseen ja veriyhteys. (Aho 2007.) AIDS tarkoittaa HI- viruksen viimeistä vaihetta, jossa infektion saaneen immuunijärjestelmä on heikentynyt niin paljon, että ihminen ei pysty suojautumaan tauteja vastaan. Lääkehoito on ainut keino hidastaa tai estää AIDS- vaihetta. Ilman lääkitystä HIV:n muuttuminen AIDS:ksi kestää noin 10 vuotta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.)

Vuonna 2009 maailmassa eli 33,3 miljoona HIV- tartunnan saanutta, joista 2,5 miljoonaa oli alle 15- vuotiaita lapsia. Samana vuonna uusia tartuntoja epäiltiin olevan 2,6 miljoonaa ja AIDS:iin kuoli 1,8 miljoonaa ihmistä. Lapsia heistä oli 260 000. (WHO 2009.)

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa 1,9 miljoonan epäillään saaneen tartunta vuonna 2009. Samalla alueella arvioidaan elävän noin 22,9 miljoona tartunnan saanutta. HIV- epidemia on yksi vaarallisimmista uhkatekijöistä lapsille kehitysmaissa AIDS:n vuoksi monen lapsen vanhemmat ovat kuolleet ja lapset

jääneet orvoiksi vailla aikuista huoltajaa. Tämä tekee lapsista erityisen haavoittuvaisia. (Unicef 2004, 5.)

HIV oireilee ihmisillä yksilöllisesti. Tämän vuoksi oireet eivät kerro onko ihmisellä HI-virus. Ainut tapa varmistua tartunnasta on tehdä HIV- testi. Tartunnan alkuvaiheessa monella on kuitenkin yleensä kuumetta, kurkkukipua, ihottumaa ja särkyjä. Nämä oireet menevät yleensä ohi ja niitä voidaan luulla tavallisen flunssan aiheuttamiksi. Tämän vuoksi HIV jää usein testaamatta. Oireita kehittyy noin 30-50 % ihmisistä ja ne kehittyvät 2-6 viikon kuluessa tartunnasta. Tässä vaiheessa tehty HIV- testi voi olla negatiivinen, koska verestä ei vielä löydy vasta-aineita. (Hirvinen, Mäkinen & Pakarinen 2008, 21.) Tartunnan saaneelle voi kehittyä myös useita liitännäissairauksia. Antiretroviraalilääkkeillä voidaan ehkäistä liitännäissairauksia ja pidentää ihmisen elinikää huomattavasti. Länsimaissa liitännäissairauksien esiintyminen on vähentynyt huomattavasti antiretroviraalilääkityksen vuoksi. (Hirvinen, Mäkinen & Pakarinen 2008, 54.) Kehitysmaissa AIDS on vakava ongelma, koska kaikilla ei ole mahdollisuutta lääkitykseen. Yleisimpiä liitännäissairauksia ovat keuhkokuume, kandidoosi (veriteitse leviävä sisäelininfektio), herpes simplex- infektio, keuhkotuberkuloosi, vyöruusu, lymfoomat ja Kaposin sarkooma (Hirvinen, Mäkinen & Pakarinen 2008, 50).

Tehokkaan lääkehoidon vuoksi AIDS:n liittyvät kuolemat ovat vähentyneet 70 %, mutta vain niissä maissa joissa lääkitystä on tarjolla kattavasti. ARV- lääkkeiden käyttö on kuitenkin lisääntynyt kehitysmaissa, koska lääkkeiden hinta on laskenut ja kansainvälisen avun turvin lääkkeitä on pystytty jakamaan kehitysmaihin. Vuonna 2004 5,8 miljoonasta lääkkeitä tarvitsevasta 12 % sai lääkkeitä kehitysmaissa. Swazimaassa lääkkeitä sai arviolta 25-29 % niitä tarvitsevista. (Shemeikka & Alkio 2005, 7.)

HIV- pandemian leviämiseen Afrikassa vaikuttavat monet tekijät. Afrikka on kulttuurisesti, taloudellisesti ja luonnonoloiltaan erilainen manner. Syihin vaikuttavat mantereen historia, erityisesti siirtomaa-aika ja asema maailmantaloudessa. Seksistä ja sukupuolitaudeista ei keskustella Afrikassa avoimesti. HIV:n aiheuttama stigma ja häpeä vaikuttaa osaltaan siitä puhumiseen. (Shemeikka & Alkio 2004, 6-

7.) Stigman vuoksi moni jättää jopa testin tekemättä kokonaan.

Liikkuvuus Afrikassa on parantunut ja kaupungistuminen on yleistynyt. Tämä lisää myös osaltaan HIV:n ja AIDS:n leviämistä. Tartunnat ovat yleisempiä kaupungissa kuin maalla. Erilaiset konfliktit ja sodat vaikuttavat myös HI- viruksen leviämiseen. Konfliktien aikana siviileihin kohdistuu seksuaalista väkivaltaa, joka altistaa tartunnalle. Konfliktien takia myös ihmiset joutuvat pakenemaan kotoaan ja jättämään taakseen sosiaalisen verkostonsa ja toimeentulonsa. Tämä pakottaa ihmiset tarjoamaan seksiä toimeentulonsa turvaksi. Vastaavanlaisia vaikutuksia on luonnonolosuhteilla kuten pitkällä kuivuuskausi, jolloin muuttoliike kasvaa. (Shemeikka & Alkio 2004, 6-8.)

Swazimaa on onnistunut vähentämään uusia tartuntoja panostamalla PMTCT-projekteihin ja muuttamalla seksuaalikäyttäytymistä. Kuitenkin edelleen vain 15 % väestöstä on tehnyt HIV- testin. (UNAIDS & Nercha 2008, 3) HIV- tartunnan saaneita on eniten 25-49- vuotiaissa naisissa, noin 48,9 %. Miehillä korkein luku on 35-39 vuotiailla 44.9 %. Tartunnan suureen määrään naisissa vaikuttavat sosio-ekonomiset asiat, epätasa-arvoisuus ja sosiokulttuuriset normit. Naisten taloudellinen riippuvuus miehistä heikentää naisten päätöksentekoa jokaisella elämänalueella, myös seksissä ja ehkäisyssä. Moniavioisuus ja perheväkivalta myös altistavat naiset HIV infektiolle. Uusista tartunnoista 62 % on naisilla (USAID 2010) HIV:n vaikutus koulutukseen on ollut negatiivinen. Koulutuksen laatu kärsii opettajien sairastuessa ja kuollessa AIDS:iin. Vanhempien sairastuessa perheen toimeentulot romahtavat ja koulumaksuihin ei ole riittävästi varaa, jolloin yhä useampi lapsi jää vaille koulutusta. (UNAIDS & Nercha 2008, 16.)

3 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ

3.1 Swazimaa

Swasimaa on pieni, hieman yli miljoonan asukkaan kuningaskunta Eteläisessä Afrikassa, naapureinaan Etelä-afrikan valtio ja Mosambik. Maantieteensä takia Swazimaa on taloudellisesti kovin riippuvainen naapurivaltioistaan. Noin 5 % Swasimaan asukkaista käy työssä Etelä-Afrikan puolella. 90% tuonti tuotteista tulee sieltä ja 60% viennistä menee sinne. Maan valuuttakin on sidottu Etelä-Afrikan randiin 1:1. (CIA 2007.)

Historia kertoo englannin hallinnon väistymisestä ja vallan siirtymisestä totaalisesti Swazimaan kuninkaalle, jota nykyäänkin istuva kuningas Mswati III jatkaa parlamentin kanssa. Swazimaahan on ollut rakenteilla uusi perustuslaki, sillä tällä hetkellä siellä eletään perinteisen Swazilain ja yleisen perustuslain alla. Uuden perustuslain olisi tarkoitus olla ainoa lajiaan ja jota sovellettaisiin kaikkiin kansalaisiin ja kohottaisi mm. naisten asemaa. Kutakuinkin silti näyttää että muutostyössä eletään kauan, sillä kuningas ei ole ollut halukas jakamaan vastuutaan laajemmalti tai tekemään suurempia kompromisseja. (Richmond 2002, 628.)

Maan pääelinkeino on maatalous joka työllistää lähes 80% väestöstä. Suurin osa heistä harjoittaa omavaraistaloutta. Heidän tärkein viljelystuote on maissi. Kaupallisesti viljeltyjä tuotteita ovat myös sokeriruoko, puuvilla, riisi ja sitrushedelmät. Tärkeimmät vientituotteet on sokeri ja puu. Swazimaassa harjoitetaan myös paljon karjanhoitoa sekä metsätaloutta. Swazimaalla on myös mineraaleja, siellä esiintyy mm. asbestia, hiiltä, timantteja sekä rautamalmeja. Bruttokansantuote (Purchasing Power Parity) henkeä kohden on Swazimaassa vuoden 2008 arvion mukaan 4400 dollaria, joka jakaantuu kovin epätasaisesti:

69% väestöstä elää köyhyysrajan alapuolella ja rikkain 10% väestöstä saa 40% tuloista. Bruttokansantuotteen puolesta Swazimaa kuuluu kuitenkin keskituloisiin maihin. (CIA 2011.)

Kuten Afrikka kokonaisuutena, on myös Swazimaassa uskonnlisuus näkyvässä osassa kulttuuria. Se näkyy väestön tavassa elää ja suhtautua arjen asioihin, koskettaa niin henkilökohtaisesti kuin yhteiskunnallisellakin tasolla. Noin 80% väestöstä on kristittyjä, loput sionisteja, muslimeja ja mormoneja. (CIA 2011.)

3.2 Ihmisoikeudet

Ihmisoikeudet voidaan jakaa kolmeen pääryhmään 1) kansalaisoikeudet ja poliittiset oikeudet 2) taloudelliset, sivistykselliset ja sosiaaliset oikeudet 3) kollektiiviset oikeudet. Kansalaisoikeuksilla ja poliittisilla oikeuksilla tarkoitetaan mm. oikeutta elämään, vapauteen, henkilön turvallisuuteen, yksityisyyteen, omaisuuteen, oikeutta mennä naimisiin, oikeutta oikeuden mukaiseen oikeudenkäyntiin sekä äänioikeutta vapaissa vaaleissa. (Kuusjärvi. 1999, 6.)

Taloudellisiin ja sosiaalisiin oikeuksiin kuuluu mm. oikeus työhön, ammatti-liiton perustamiseen, vapaa-aikaan, sosiaaliturvaan sekä koulutukseen. Taloudelliset ja sosiaaliset oikeudet eivät toteudu ilman yhteiskunnan panosta. Näiden oikeuksien voidaan nähdä yleismaailmallisesti olevan suppeampia kuin kansalais- ja poliittiset oikeudet. (Kuusjärvi. 1999, 6-7.)

Swasimaassa naisilla ei ole juurikaan oikeudellista arvoa. Avioliittoon, työ -ja koulutusasioihin koskevissa kysymyksissä etusijalla on aina mies. Swazimaan kaksi epäselvää laki-asetelmaa kumoavat usein toisensa, joka aiheuttaa naisen oikeudellisissa asioissa olevan aseman joutuvan aina alakynteen. Swasimaassa on voimassa myös vielä laki joka oikeuttaa vanhempien päättämään tyttärensä tulevan aviomiehen, joka on usein huomattavasti vanhempi.

Uudistuksista huolimatta perinteinen kulttuuri on säilynyt Swazimaassa elinvoimaisena. Perinteisiä värikkäitä vaatteita ja "mehiläiskeko-kampauksia" käytetään edelleen yleisesti. Vaikka kuninkaan itsevaltius luo maassa jatkuvasti eripuraa ja tulenarkoja tilanteita, on valtaosa Swazimaalaisista valmis säilyttämään omat juurensa ja kulttuurinsa erillisenä muusta ulkopuolisesta modernisaatiosta. (Richmond 2002, 628-629.)

Koska naisten asema Swazimaassa on kammottavan huono, tapahtuu siellä myös paljon ihmisoikeusrikkoksia, rikoksia joista kukaan ei tiedä. Tammi-maaliskuun 2010 välisenä aikana 129 raiskaustapausta raportoitiin poliisille. Todellista lukua ei uskalla edes arvuutella, koska raiskauksen uhriksi joutumista pidetään perheen sisäisenä asiana. 40 prosenttia miehistä on sitä mieltä, että on soveliaista lyödä vaimoa.

Ainoastaan yksi tiedotusväline Swazimaassa on yksityinen, muut ovat valtion omistamia. Lisäksi Swazimaassa on 33 median vastaista lakia, mutta toisinaan myös negatiivisia lausuntoja maan ihmisoikeustilanteesta pääse läpi, jos jutuissa viitataan pelkästään Swazimaan ulkopuolisiin lähteisiin, muutoin maan sisäiset asiat ovat hyvin sensuroituja. Nyt tarvittaisiin kipeästi kansainvälistä painostusta. Jotain on jo tapahtumassa, koska ihmiset ovat alkaneet ymmärtää, millainen tilanne Swazimaassa on.

3.3 Terveyspalvelut

Swazimaassa toimii niin yksityinen kuin julkinenkin terveyspalveluverkko. Palvelut on jaettu kolmeen eri tasoon, klinikoihin jotka ovat ensimmäisellä tasolla, perusterveydenhuolto, terveyskeskukset ja kansanterveysyksiköt toisella tasolla ja sairaalat kolmannella tasolla. Yhteisötasolla toimii *Rural health motivator's eli* maaseudun "terveyssisaret/motivoijat". Heidän vastuulleen kuuluu

terveysneuvottelut, ehkäisytarvikkeiden jakelu, lausunnot ja yhteisöjen neuvominen asioissa kuten, viemärointi, rintaruokinta sekä yleinen sairauksien ennaltaehkäisy. Muodollisten hoivapalveluiden lisäksi maaseuduilla toimii perinteisiä parantajia, luontaistuotekauppiaita ja kylien poppamiehiä.

Swazimaan terveydenhuoltojärjestelmällä on edessään haasteita riittämättömistä voimavaroista kapasiteetin kaikilla tasoilla, mutta terveystalouden kysyntä senkuin kasvaa kasvamisestaan. Kuitenkin, budjetti terveydenhuollon sektorille on riittämätön ja pitkät rekrytointi prosessit vaikuttavat negatiivisesti henkilöstöresurssien saatavuuteen. Mutta uusi kansallinen terveystaloudellinen on nyt käytössä ja useita avustavia käytäntöjä on kehitteillä. Kansallinen terveystaloudellinen strategia on pian myös valmistumassa jossa jokaisella ohjelmalla tulisi olemaan omat suunnitelmansa työnkuvalla. (WHO 2009.)

Kuitenkin vahvistamista tarvitaan useilla alueilla kuten erityisesti elintarvike ja ravitsemus, verensiirto palvelut, laboratoriopalvelut sekä terveydenhuollon tietojärjestelmän suhteen. Lääketeollisuutta, yksityisiä terveystalouden tuottajia tulisi myös valvoa, sillä lainmukainen valvontajärjestelmä Swazimaasta puuttuu täysin. (WHO 2009.)

Yksityistä sektoria on säännelty siinä määrin, että lakisääteisesti yksittäiset toimijat ovat velvollisia rekisteröitymään terveystalouden ammattineuvostossa. Tämän rajoituksen seurauksena, yksityisen sektorin terveydenhuolto harvoin noudattaa kansallisen sanelun ohjeita ja teknisiä vaatimuksia kuten mm. raportointia ja täydennyskoulutusta, eikä vaihtoehtoisen lääketieteen harjoittamista myöskään säädellä. (WHO 2009.)

Terveyden hallintajärjestelmät, sisältäen varainhoito ja budjetointi ovat keskitetyt ja useimmiten piittaamaton uusiin terveydenhuollon kehittämisen haasteisiin palvelun toimitusten eri tasoilla. Kasvavat potilas määrät, pitkät jonot, lyhyet neuvonta ajat terveydenhuollon tuottajilta yhdistettynä monien HIV ja AIDS tapausten kanssa, puhuvat kaikki siis terveydenhuollon laatua vastaan. (WHO 2009.)

Kansallinen valmius hallita tehokkaasti tietoa, tutkimusta ja tietämystä vaatisi

vahvistamista. Valtakunnalliset terveydenhuollon tiedot ovat vaikeasti saatavilla tai eivät ollenkaan ja niiden päivittäminen on hidasta. Tämä johtaa siihen että maan terveyshuollon tiedot ovat usein joko vanhentuneet tai alueellisten ja kansainvälisten tietokantojen saavuttamattomissa. (WHO 2009.)

Maan terveystalvet rahoittaa enimmäkseen hallitus, lukuunottamatta HIV ja AIDS toimia, jotka saavat merkittävää rahoitusta kehitysyhteistyökumppaneilta kuten mm. Global Fund, European union, Yhdysvaltojen hallitus, Italian osuustoiminta, Taiwanin tasavalta ja monet muut. Muita kehitysyhteistyökumppaneita jotka ovat merkittävässä roolissa tukieissaan Swazimaan terveydenhuollon sektoreita ovat Kanada, italia ja kansainväliset Kansalaisjärjestöt. (WHO 2009.)

3.4 HIV- ja AIDS tilanne Swazimaassa

Vuonna 2001 kuningas yritti säätää maahan lain, joka kieltäisi naisilta seksuaalisen kanssakäymisen ennen avioliittoa tai sen ulkopuolella. Kuningas ehdotti että naiset käyttäisivät siveysvyötä. Kuninkaan siveysideologia perustui ajatukseen, joka suojaaisi naisten neitseellisyyttä ja tämän kautta myös HiV- tartuntojen leviämisen. Kansa kuitenkin protestoi jyrkästi vastaan, ja laki hylättiin.

Swazimaan HIV-sairastuneisuusaste on yksi Afrikan korkeimmista. Tämä on syy, miksi ajan saatossa kansakunta saattaa köyhtyä merkittävästi, kun paljon aikuisväestöä kuolee ja lapsia jää orvoiksi. Kuningasta arvostellaan ylellisestä elämäntavasta maassa, jossa riehuv yksi maailman suurimmista HIV-epidemioista.

Taudin leviämistä edistää huono väestön tietämys sekä lääkehoidon puute. Naisten odotettavissa oleva elinikä on laskenut 36 ja miesten 39 vuoteen.

Swazimaassa on siis maailman pahin HIV tilanne. Arviolta 26,3 % väestöstä on saanut tartunnan. Ensimmäinen tartunta todettiin 1986, josta alkaen tilanne on

muuttunut epidemiaksi. Maan hallitus ja WHO aloittivat tuolloin kansallisen HIV- ja sukupuolitautilohjelman, mutta silti tartunnan kantajien määrä kasvoi koko ajan. Tällä on ollut suuri vaikutus maan taloudelliseen tilanteeseen kun suurin taudin esiintyvyys on työikäisessä väestössä. (USAID 2010). Nämä luvut yhdistettynä köyhyyteen, nälkään ja lääkkeiden puutteeseen tekevät kuolemasta arkipäivää Swazimaassa. Eniten tartuntoja aiheuttavat heteroseksuusi ja synnytys. (UNAIDS & Nercha 2008, 2) AIDS kuolemien vuoksi maan yleinen eliniän ennuste on pudonnut 42 vuoteen. (UNAIDS & WHO 2008, 3.)

Suurin osa äitien kuolemista johtuu välillisesti tai suoraan sairauksiin jotka ovat yhteydessä synnytykseen joihin liittyvät HIV:iin. Suorat syyt sisältävät, verenmyrkytyksen, abortin aiheuttamat komplikaatiot ja verenvuodot jotka ovat lähtöisin HIV:stä. Hedelmällisessä iässä olevat naiset kuuluvat myös suureen riskiryhmään saada kohdunkaulansyöpä ja HIV useiden seksikumppaneiden takia. Tilannetta pahentaa erityisesti rajalliset patologian tutkimukset ja puutteelliset hoivapalvelut. Swazimaa kärsii myös kasvavasta ravinnonpuutoksesta. Noin 29% alle viisivuotiaista on lyhytkasvuisia ja kärsii kroonisesta aliravitsemuksesta. HIV:in hallitsevuus on lisännyt lapsissa alihemiatonia, lihasten kuihtumista ja muuttuvaa aineenvaihduntaa joka edellyttäisi hivenaineiden lisäämistä ravintoon. (WHO 2008.)

Tilanteella on siis huomattava vaikutus lapsiin, koska se lisää lasten riskiä saada tartunta tai orpoutta. Noin 15 000:lla alle 15 vuotiaalla lapsella on HIV- tartunta Swazimaassa (USAID 2010). Tämä asettaa ison haasteen terveydenhuollolle ja lasten tukemiselle, koska Swazimaassa ei ole paljon resursseja lasten psyykkiselle tukemiselle. Tällä hetkellä Swazimaassa on arviolta noin 190 000 HIV-positiivista, joista naisia 100 000 ja lapsia 15 000. AIDS orpoja on jopa 56 000. (Suomen YK-liitto i.a; Epidemiological Country profile on HIV and AIDS Swaziland 2008, 5-6.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja kysymykset

Tutkimuksen rakenne, muodostui kansainvälisen vaihto-ohjelman pohjalta. Tarkoituksena oli ensiksi tuottaa yhteistyössä toisen opiskelijan kanssa, englanninkielinen presentaatio Swazimaassa toimivista kansalaisjärjestöistä, mutta erinäisten ongelmien jälkeen eriydyimme omiin suuntiimme, kuitenkin käyttäen paljolti samoja lähdetietoja, sekä yhdessä kerättyä dataa. Omasta työstäni muodostui alkuperäistä suunnitelmaa noudattaen, laadullinen tutkimus, jonka painopiste on järjestöjen toiminnassa HIV- ja Aids- työssä.

Haastattelurunkoa laatiessa, syntyi kolme pääkysymystä, joihin oli tarkoitus löytää vastaukset tutkimusta toteuttaessa. Myöhemmin haastattelumateriaalia litteroitaessa, syntyi vielä yksi tarkentava kysymys. Nämä tutkimuskysymykset jättivät kuitenkin sopivan tilan tarkentaville lisäkysymyksille sekä palveli työn tarkoitusta ja piti suunnan terveydenhuollon puolella.

Tutkimuskysymykset:

1. Mikä on kansalaisjärjestön rooli Swazimaan terveydenhuoltopalveluissa?
2. Mikä on järjestötyön merkitys HIV- ja Aids-työssä?
3. Minkälaista työtä järjestöt tekevät ja miten he saavuttavat kohderyhmänsä?
4. Mitä kehitettävää olisi Swazimaan terveystalveissa?

4.2 Tutkimusmenetelmät ja prosessi

Työ alkoi saada muotoja jo ennen kansainvälistä harjoittelua, jolloin oli tarpeen kerätä mahdollisimman paljon teoriatietoa tutkimuksen pohjalle. Kun prosessi eteni, työstä alkoi muodostua kvalitatiivinen tutkimus, sillä tarkoitus oli selvittää yleisellä tasolla järjestöjen toimintaa, ei niinkään tuoda esille mm. tehokkuutta.

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on yhteistä se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Janhonen 2003, 21.)

Varsinaiset haastattelut toteutettiin keväällä 2010, harjoittelun aikana ympäri Swazimaata, niin kaupungeissa kuin kauempana maaseudullakin. Vaikein ja haastavin osuus, oli saada ensikontakti järjestöjen edustajiin ja päästä kertomaan tutkimuksen tarkoitus. Tämä saattoikin kestää viikkoja, jolloin oli pakko toimia ajan suomissa puitteissa. Tutkimus toteutettiin laadullisen tutkimuksen lähtökohdista, sillä se oli ainoa menetelmä, joka antoi tilaa lisäkysymyksille sekä vapaalle keskustelulle haastattelutilanteiden sitä vaatiessa.

Etnografiaa käyttäen pystytään ehkä hieman nykyistä enemmän ymmärtämään eri kulttuureista olevia ihmisiä, elämäntapoja ja ihmisten terveyteen ja sairauteen liittämiä ilmiöitä. Tätä menetelmää käyttäen tutkija etsii tietoa erilaisista lähteistä ymmärtääkseen paremmin tutkittavaa ilmiötä ja myös kyetäkseen tulkitsemaan paremmin tutkittavaa ilmiötä ja tulkitsemaan hankkimaansa aineistoa. (Janhonen 2003, 62.)

Puolistrukturoitu haastattelurunko, vapaa havainnointi ja muistiinpanot toimivat tiedonkeruun välineinä, sillä tarkoitus oli saada luotua mahdollisimman rento ilmapiiri haastattelutilanteeseen, joka mahdollistaisi värikkäämmän vuorovaikutuksen. Havainnointi vahvistaa ja kyseenalaistaa jo esiin tuotuja mielipiteitä ja faktoja, sillä omin silmin nähty sekä ympäristössä kuullut arkipäivän

tosiseikat ovat sitä oleellisinta todistusaineistoa. Välillä haastattelupäivät venyivät hyvinkin pitkiksi, varsinkin maaseudulla missä itse sai kulkea hoitotyöntekijän eli *'Rural health motivatorin'* mukana, jolloin muistiinpanoista oli erityisen paljon hyötyä. Haastatteluista kolme (N=3) nauhoitettiin ja loput neljä (N=4) koostuivat haastattelu- muistiinpanoista. Muistiinpanot sisälsivät haastateltavien suoria vastauksia esitettyihin kysymyksiin ja keskustelutilanteiden tuomia näkökantoja sekä mielipiteitä. Etnografisessa kenttätutkimuksessa tutkijan kenttämuistiinpanoilla on tärkeä tutkimusta eteenpäin vievä ja tutkimusprosessia koossa pitävä tehtävä (Hammersley & Atkinson 1995). Toisaalta tutkimus juuri läheni huomattavasti etnograafista tutkimusta, sillä erityisen tärkeää oli tutustua afrikkalaiseen kulttuuriin, juuri ymmärtääkseen enemmän väestön lähtökohtia sekä historiaa. Etnografiaa käyttäen pystytään ehkä hieman nykyistä enemmän ymmärtämään eri kulttuureista olevia ihmisiä, elämäntapoja ja ihmisten terveyteen ja sairauteen liittämiä ilmiöitä. (Janhonen 2003, 44.)

Lopullinen tutkimusaineisto analysoitiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen. Aineistolähtöisessä analyysissa pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysia ohjaavat yksiköt valitaan tutkimuksen tarkoituksen ja kysymysten mukaisesti. Ne eivät siis ole ennalta määriteltyjä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Aineistoa avatessa syntyi kokoavat teemaryhmät pääkysymyksen ympärille, jotka ovat kansalaisjärjestöjen rooli (N=1), Hiv- ja Aids-työ (N=2), yhteistyö (N=3) ja kehitystarpeet (N=4). Vastaukset ja muistiinpanot jakautuivat kunkin näiden neljän (N=4) pääluokan alle, jotka kerättiin muistiinpanoista yhtäläisyyksiä ilmaisevien sanojen, lausuntojen ja virkkeiden mukaan. Kun koko aineisto oli käyty läpi ja luokiteltu, syntyi tarvittut tutkimustulokset kuhunkin esitettyyn kysymykseen.

Tutkimuksen edetessä, suureksi avuksi matkan varrella osoittautui myös Swazimaan yliopisto sekä organisaatio nimeltä CANGO (Co-coordinating Assembly of Non-governmental Organisations in Swaziland), mistä olen erityisen kiitollinen.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Haastateltavia tahoja kertyi alkuun kymmenen, joista sopivaa tutkimusmateriaalia saatiin seitsemästä (N=7). Kuusi (N=6) näistä edusti kansalaisjärjestöjen toimijoita ja yhden (N=1) haastateltavista saavutimme Swazimaan terveydenhuollon ministeriöstä.

Haastateltavissa esiintyi niin pienempiä järjestöjä kuin kansainvälisestikin tunnettuja organisaatioita. Haastateltavat itse työskentelivät Swazimaassa, tahoon liittyen joko läheisesti kenttätöissä tai organisaation suunnitteluportaassa.

HIV:n ollessa niin suuressa roolissa Swazimaan terveystilanteessa, esiintyi se myös valtaosassa järjestöjen työnkuvassa. Muita suurimpia kohderyhmiä olivat lapset ja orvot, aliravitsemus ja ruoka-apu.

Järjestöt ketkä osallistuivat tutkimukseen: Swazimaan Punainen Risti, World Vision, Swaziland Hospice at Home, Amicaal, Cabrini Ministries, Cango ja Ministry of health.

5.1 Kansalaisjärjestöjen rooli terveydenhuollossa

Kaikkien haastatteluiden alkumetreillä kävi hyvinkin selväksi kansalaisjärjestöjen tärkeys terveydenhuollossa sinänsä. Epäilystä ei ollut yhdelläkään haastateltavalla asian tärkeydestä. Ennemminkin järjestötyötä pidettiin ylläpitävänä voimana, hoitopalveluja miettiessä.

Kansalaisjärjestöt ovat ihmisiä etulinjassa

Terveydenedistämistyö on kansalaisjärjestöjen ajama suurelta osaa.

Luulen että meillä on valtava.. ja tärkeä rooli mitä tulee parantavaan terveydenhuolto järjestelmään...

Kävi kuitenkin ilmi, että työn laadusta ja määrästä riippumattomina tahoina, koettiin järjestöjen kantavan ehkä liiankin suurta vastuuta, jonka tulisi olla valtion työpolitiikassa kärkiasemassa. Yhteistyötä kerrottiin kuitenkin olevan olemassa, niin hallituksen kuin muiden yksityisten tahojen kesken. Yhteistyö muotoiltiin riittämättömäksi huomioon ottaen Swazimaan vaikeat elinolosuhteet eräs henkilö kuvaili jopa kriittisesti järjestelmää puutteelliseksi.

Teemme yhteistyötä tiukasti muiden järjestöjen , organisaatioiden sekä valtion kanssa.

Yhteistyö valtion sairaaloiden ja myös yksityisten lääkäreiden kanssa..

Hallituksen tuki on olematonta, rahaa ei tule ja terveysjärjestelmä puutteellinen, ja vuodelta 1912, joten useimmin täytyy aloittaa itse aivan täysin alusta.

Useat haastateltavat sanoivatkin, että lopulta yhteistyö mitä alunperin olisi tullut tehdä, on muuttunut yksipuoliseksi ja täten monet asiat hoituvat vain järjestöjen toimesta. Konservatiivisuus ja hienotunteisuus ovat kuitenkin asioita, jotka tulee ottaa huomioon järjestötyössä, kun toimialueena on tulenarka valtio kuten Swazimaa. Sääntöjä ja lakeja ei ole tehty rikottaviksi tai kenenkään varpaille ei ole lupa astua. Siksi onkin hyvin vaikeaa saada ns. lupa auttavalle toiminnalle. Tämän vuoksi monet tahot kulkivat, ainakin sanallisesti käsikädessä valtion tuottamien palvelujen kanssa.

Hallitus valvoo kaikkea työtä.

Joten me... emme toimi täysin yksin, vaikka me itse tarjoamme terveyspalveluita.. se ei ole niin, että tekisimme asioita aivan itsenäisesti, sillä meidän täytyy liittyä heihin (hallitus). Mitä tahansa palveluita tahdomme tarjota, kaikessa pitää konsultoida heitä..

Kaikesta päätellen kansalaisjärjestöjen työ ja tuki on ilmeisen olennainen osa Swazimaan terveyspalveluita. Vaikka kohdittain toimivalta kysymyksessä on kysymysmerkkejä, ei kumpikaan taho tulisi toimeen ilman toista. Hallitus toimii itse luomiensa raamien puitteissa tarjoen sen pakollisen vähän minkä kykenee, josta sitten useat eri järjestöt jatkavat.

Kansalaisjärjestöjen panos näkyy erityisesti siis HIV-työssä, lapsi-työssä sekä ravitsemuksen alueilla. Swazimaa on laajalti kuivaa ja köyhää maaseutua, jossa palveluiden taso on olematonta. Yksipuolinen ravitsemus, kansansairaudet ja köyhyys ajaa asukkaita ahdinkoon, jolloin yhä useammin kansalaisjärjestöt puuttuvat asiaan.

Apu lähtee siis monesti hyvinkin yksinkertaisista asioista kuten vesi ja sanitaatio tai ruoka-apu.

Joka ainoa ympäristöön liittyvä asia, kuten vesi ja sanitaatio..

Annamme lääkinnällistä apua, vaatetamme ja syötämme apua tarvitsevia lapsia.

..ennaltaehkäisevä työ, syöpään sairastuneiden tuki, hiv- koulutus, ruoka-ohjelmat, lasten turvaprojektit, kotihoito ja palliatiivinen hoito.

Meillä on yksilöllinen suunnitelma jokaiselle lapselle..

On siis sanomattakin selvää, mikä on kansalaisjärjestöjen rooli suuremmassa mittakaavassa, pelastava sekä ylläpitävä voima. Järjestötyö auttaa ihmisiä, joilta puuttuu perusasioita, jotka niin monille muille ovat itsestäänselvyyksiä mutta joita ilman ei tulisi toimeen. Näistä lähtökohdista järjestötyö on korvaamatonta, mutta ei kuitenkaan ilmaista, vaikka moni organisaatio toimiikin vapaa-ehtoisten turvin.

Vapaaehtoistyöntekijämme ovat olennainen osa kehitystyötä

...mutta kuten muillakin järjestöillä, taloudellinen tuki on suurin tarve jotta palveluita olisi helpompi järjestää lähemmäs ihmisiä.

Yksittäiset lahjoittajat ovat edelleen tärkeitä ja U.S.A säätiö!

Swazimaan "kotihoitajat"(Rural health motivators) auttavat ja ohjaavat vapaa-ehtoisiamme työskentelyssä

5.2 Järjestöjen HIV ja Aids työ

Tutkimustulokset osoittivat järjestöjen olevan aktiivisia useilla terveydenhuollon kentillä ja sen kehittämistyössä. Mutta yksi merkittävin ja ajankohtaisin alue on Hiv/Aids työ sekä sen ehkäisy. Haastatteluissa kävi ilmi, että useat järjestöistä vastasivat yksinomaan ja kokonaisuudessaan vain Hiv:n testauksesta ja sen valistustyöstä HIV:ä vastaan.

HIV:in ennaltaehkäisy on päätavoite..

Kohderyhmämme ovat lapset ja HIV.

Kulttuurisessa mielessä miesten terveydenhuolto on sekin pysähtynyt paikoilleen, sillä kuningas on roolimalli miehille ja tämä vapauttaa heidät jatkamaan polygamiaa joka puolestaan lisää valtavasti terveysriskejä. Tästä syystä HIV:in leviäminen on valtavaa. Swaziperheessä mies päättää kaikesta, sillä useimmin hän tienaa perheelle elannon eikä naisen mielipiteillä ole juurikaan arvoa.

Eräs haastateltava kertoi tapauksesta, jossa nainen oli pettänyt aviomiestään. Mies hylkäsi vaimonsa ja jätti tämän ilman omaisuutta kadulle. Puhuttuamme asiasta, ilmeni, että tällaisessa tilanteessa miehellä olisi oikeus ollut jopa surmata hänet.

Kristillinen CUAHA- verkosto perusti vertaistukiryhmän HIV-positiivisille äideille. Mottona on, ettei tartunnan tarvitsisi merkitä elämän loppua.

Swazimaa on lisännyt HIV testipaikkoja 2000- luvun aikana ja vuonna 2008 niitä oli 170 koko maassa. Suurin osa paikoista kuitenkin keskittyi suurimpien kaupunkien ympärille ja maalta kotoisin olevien on vaikea päästä testaamaan itsensä. (Avert 2011c.)

Useat järjestöt tekevätkin ns. Ovelta ovelle työtä, tuomalla testauspaikkoja kyliin ja pienimpiin kaupunkeihin. Haastavan työstä tekee sen, että koska valta-osassa väestöä vanhat uskomukset ja opit ovat tiukassa, ihmisten asenteet estävät jopa halukkaita testaajia astumaan esiin.

Eräs haastateltavista kertoi organisaationsa keränneen tietoa ja koonnut luettelon kaikista HIV-työtä tekevästä organisaatioista. Toinen haastateltu vahvisti kunnallisten (Municipal HIV and AIDS Team) organisaatioiden tapaamisesta, HIV-työn päivittämiseksi. Kokoontumisien tarkoituksena on katsastaa edistyminen ja varmistaa ettei tule päällekkäisyyttä työn osapuolille.

Miten uskoisit jonkun jolla ei ole ruokaa, riittävän energiaa hakea lääkkeitä palvelupisteestä!?

Yhdessä haastattelussa kävi ilmi, että heidän organisaationsa oli pystyttäneet yhteisöpuutarhoja, osana heidän elintarvike turvaohjelmaa. Ja että ohjelman avulla on autettu hiv-tartunnan saaneita monipuolistamaan ruokavaliotaan. Hyväkään lääkitys ei tehoa, jos ruokavalio on puutteellinen ja fyysinen kunto heikko.

Kenttätöyssä työskennellyt haastateltava kertoi havainneensa hiv:n ja ravitsemuksen välisen yhteyden selvästi.

Usein tapaamme myös tilannetta, jossa potilaalla ei yksinkertaisesti ole tarpeeksi ruokaa, jolloin lääkkeiden ottaminen ei onnistu. Lääkkeet ovat niin voimakkaita, että niiden tyhjään mahaan ottaminen on tuskallista.

Yksi isoista järjestöistä tarjoaa hiv-tartunnan saaneille koulutusta, kestävästä viljelymenetelmistä, terveellisistä ruoanvalmistustavoista ja kasvisten säilönnästä. Perheille jaetaan siemeniä, lannoitteita ja kastelujärjestelmä oman kasvimaan perustamiseen. Usein paikalliset vapaaehtoiset perustavat ensimmäisen kasvimaan omalle takapihalleen ja ohjeistavat sitten myös muita paikallisia kotiviljelyyn.

HIV ja AIDS työtä tehdään niin klinikoilla kuin kotona tapahtuvassa hoidossa. Suomen Punainen Risti tuki vuosina 2008-2009 myös ohjelmaa, jonka avulla parannettiin aidsiin sairastuneiden saamaa kotihoitoa.

Aidsiin sairastuneiden omaisille tarjottiin koulutusta hiv-epidemiasta ja aids-potilaan hoitamisesta. Punaisen Ristin tuella Swazimaassa koulutettiin yhteensä 1250 omaishoitajaa. Hiv/aids-ohjelma täydensi Euroopan kehitysrahaston aloittamaa omaishoidon tukiohjelmaa.

Koulutus on tuottanut Swazimaassa tulosta. Tietoisuus hiv-epidemiasta on kasvanut ja syrjintä vähentynyt. Aids-potilaat saavat parempaa hoitoa, mikä näkyy koko perheen elämäntilanteen kohenemisena.

5.3 Järjestöjen saavutettavuus

Swazimaassa monet ihmiset elävät köyhyysrajan alapuolella, eikä heillä olisi lähtökohtiensa vuoksi mahdollisuuksia julkisten palvelujen piiriin. Kansalaisjärjestöjen rooli onkin tässä asiassa erityisen tärkeä. Tavoite on päästä ihmisiä lähelle, sinne missä välimatkat ovat pitkät ja palvelua ei yksinkertaisesti ole.

Käytännössä toimimme kentällä ja koitamme tavoittaa apua tarvitsevia ihmisiä ympäri kuningaskuntaa.

..lähin sairaala oli 75km päässä, autoimme rakentamaan terveysasemaa sinne..

2001 rakensimme 3 paikkaan maaseudulle kodin orvoille lapsille..

Kohderyhmänä on enimmäkseen köyhät ihmiset ja naiset sekä lapset joilla ei ole varaa käydä yksityisklinikoilla.

Vapaa-ehtoisuus on valtava osa kehitystyötä, sillä suuri osa projekteista on osaaikaisia, kuten vaikka sanitaatio pisteiden rakentaminen syrjäiseen kylään tai valistustyö paikallisessa kyläkoulussa. Valtaosaa työn määrästä pyörittää länsimaalaiset ja paikalliset vapaaehtoistyöntekijät yhteistyössä paikallisten hoitotyöntekijöiden kanssa. Useassa haastattelussa ilmenikin juuri kotihoidon suuri merkitys. Koska ihmiset eivät pääse hakemaan apua, apu menee heidän luokseen.

Valtion puolesta maassa oli toiminnassa *basic home care*- systeemi, joka käytännössä tarkoitti liikkuvia, mahdollisesti jonkinlaisen hoitajan koulutuksen saaneita henkilöitä. He yrittivät tavoittaa ihmisiä kodeistaan ja saada tietoa heidän terveyden tilastaan sekä motivoida heitä hakeutumaan hoitoon. Valitettavasti ”kotihoitajan” resurssit eivät olleet kovinkaan laajat, en mielestäni nähnyt

ainuttakaan verenpainemittaria, saati ensiaputarvikkeita, mutta idea kuitenkin ajoi asiansa, he yrittivät. Ovelta ovelle työssä etuoikeutena on kuitenkin ihmisen kohtaaminen, tällöin on helpompi luoda luottamuksen silta ja saada aikaan mahdollinen asiakassuhde. Järjestötyössä tulee pystyä kohtaamaan niin pelokkaita kuin kulttuurin taakse piiloutuneita ihmisiä.

5.4 Terveystenhuollon kehityshaasteet

Epäkohtia ja kehitettävää löytyy varmasti kaikkien valtioiden terveydenhuolto järjestelmästä, mutta valitettavan paljon silmiinpistävää yhtäläisyyttä esiintyi lähes jokaisen haastattelun yhteenvedosta.

Talouteen liittyvät seikat ovat väistämättä kaiken alku ja juuri jokaisella sektorilla. Mitä tulee erittäin vanhan kulttuurin omaavaan kuningaskuntaan, taloudellinen epätasa-arvo näkyi joka paikassa ja kaikessa.

henkilökunnan puute tekee työstämme hyvin vaikeaa, sen tähden joudumme tekemään erittäin tarkkoja strategioita

..mutta kuten muillakin järjestöillä, taloudellinen tilanne on ehdottomasti suurin ongelma...

Tiesittekö että yksi I.V paketti maksaa 2000 Randia? (n.200€)

Taloudellinen ahdinko ja riittämättömät resurssit terveydenhoitoalalla tarkoittaa heikkoa hoitoa ja huolenpitoa. Monet haastateltavat osoittivat sormellaan tästä hallitusta ja valtion välinpitämättömyyden asennetta lupauksistaan huolimatta. Monet yksittäiset ongelmat ja puutteet aiheuttavat kokonaisvaltaisen särön maan terveyspolitiikassa, joka sitten näkyy nousevina ja surullisina tilastoina, aliravitsemuksen, syövän ja HIV:in lisääntymisessä. Ainainen taistelu elinoloja vastaan on tietysti yksi näkyvimmistä ongelmista mikä sitten osaltaan ajaa köyhyyteen, jonka takia yksinkertaisesti monella ihmisellä ei vain ole varaa hoitaa mahdollisesti olemassa olevaa sairauttaan.

Hallitus ei ole ottanut terveydenhuoltoa prioriteetteihinsä.

Toisaalta olisi hyvä saavuttaa myös varakkaammat asiakkaat, koska yksityisilläkään klinikoilla ei ole tarpeeksi henkilökuntaa..

Pitkät etäisyydet erityisesti maaseuduilla, väsynyt ja alikoulutettu henkilökunta tekevät työstä erityisen haasteellista.

..pääsyy on ravinnon puute ja surkeat elinolosuhteet.

Kaikesta huolimatta useampi vastaaja jaksoi katsoa toiveikkaana eteenpäin ja luoda lujouden uskoa kuulijaansa, auttavasta kädestä köyhässä ja kärsivässä maassa. Lähtökohtahan kaikilla oli kuitenkin sama, joten kukaan ei ollut yksin tässä taistelussa. Ylpeänä eräs haastateltavista nosti esiin paikallisten työntekijöiden motivoituneen asenteen ja halun oppia uusia asioita. Olisikin tärkeää että Swazi ihmiset itse osallistuisivat enemmän kehitystyöhön, sillä saman kulttuurin omaavaa ja kielellisesti yhdenvertaista ihmistä on huomattavasti helpompi lähestyä.

Tällaiset tapaukset ovat kuitenkin vielä harvassa ja järjestöjen tekemä, auttava ja ehkäisevä työ etenee lapsen askelin. Tavoitteet ovat korkealla mutta pitäen juurensa kuitenkin tiukasti maanpinnalla. Realismi on toisinaan se ainoa kylmä vaate joka lyö vasten kasvoja mutta samalla herättää.

Koulutamme kaikki, kuten kuskit ja siivooja naiset..

Tarvitsisimme ihmisiä joilla on visioita ja oikeata tietoa.

Olisi suuri tarve, viralliselle yhteistyölle hallituksen kanssa.

Paljon olisi vielä tehtävää, mutta kaikki tämänhetkenkin apu on jo suuri pelastus osalle ihmisistä. Järjestöjen potilasryhmät ulottuvat lapsista teini-ikäisiin ja työssäkäyvistä vanhuksiin. Monet ihmiset sairastavat HIV:iä, syöpää, verenpainetautia ja tuberkuloosia, kärsivät aliravitsemuksesta, köyhyydestä ja huonon hygienian vuoksi monista infektioista. Swazimaassa toimivat kansalaisjärjestöt kamppailevat erilaisten projektien kanssa joissa tavoitteena on sairauksien ennaltaehkäisy, syöpää sairastavien tuki, HIV-koulutus, ruoka-apu, lasten turvaprojektit ja palliatiivinen hoito. Tarve on siis suurempi, mihin he pystyvät vastaamaan.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen eräs merkittävin yhdistävä tekijä on väistämättäkin HIV- ja Aids-työ, joka tulee jatkumaan niin kauan kuin kansakuntamme jatkaa lisääntymistään. Maailmassa toimii satoja AIDS -työhön keskittyneitä järjestöjä, niin valtakunnallisella tasolla kuin myös maakohtaisia, pienempiä järjestöjä. Swazimaassa tämä on myös väistämättä yksi laajin ja haastavin työnsarka. Köyhyys ja epätasa-arvo kulkevat käsi kädessä kasvattaen ongelmien vyyhtiä, jolloin myös kaikki kärsivät tahot ovat osa isoa oravanpyörää, joista vanhukset, lapset ja orvot ovat haavoittuvimpia.

Kansalaisjärjestöjen prioriteetti, on siis toimia ihmisten kesellä ja tuoda apu lähemmäksi köyhiä ja sairaita. Useammin kuin kerran, vastauksissa esiintyi yhteinen tavoite hoidon ja palveluiden tasa-arvoisemmasta saavutettavuudesta. Kaikilla tulisi olla samat palvelut saatavilla, statuksesta riippumatta.

Samaan aikaan kun hoidon tarpeen määrä kasvaa, sen antajien määrä vähenee. Terveystenhoitoalan ammattilaisista on Swazimaassa huutava pula (Unicef 2006) ja lääkintäpalvelujen taso ei ole maassa kovin korkea. On arvioitu että maassa toimii vain yksi lääkäri ja 5,6 sairaanhoitajaa 10 000 henkeä kohden. Terveystenhoitojärjestelmän puutteet ovat vaikuttaneet ihmisten hyvinvointiin, terveyteen ja kehitykseen sekä kuormittaneet tämän lisäksi sosiaalipalvelujärjestelmää. Sosiaaliturvaa ei voi juurikaan sanoa olevan olemassa, tästä kertoo jo naisten ja lasten huono asemakin. (Unicef 2006.)

Haastatteluissa nousi esille, toiminnallisten menetelmien tehokkuus, kuten kotihoito ja ovelta ovelle kulkeminen. Arjessa selviytymisen tukeminen ja auttaminen aivan terveellisen ravinnon turvaamisesta lähtien. Näiden merkitys on olennainen osa selviytymistä, voimavaroja sekä tulevaisuuden kehittämishaasteita. Nämä ovat myös asioita joihin järjestöt kaipaisivat enemmän tukea sekä panostusta niin valtion taholta kuin muilta ulkopuolisiltakin toimijoilta.

Kotihoidossa suurimmaksi haasteeksi haastateltavat kokivat matkat, ja resurssien puutteet tähän liittyen. Olisi hienoa jos tätäkin voitaisiin kehittää monipuolisemmaksi, kouluttamalla mm. hoitajia lisää jolloin mahdollistuisi mm. hiv-testien tekeminen ja perustarkastukset. Kotikäyntien tekijät voisivat kuljettaa mm. tarvittavia laitteita ja mahdollisesti ARV -lääkkeitä mukanaan.

Lähes kaikki tahot toivoivat yhtenäisempää terveydenhuoltojärjestelmää, kaikille samoja säädöksiä sekä sujuvampaa informaationvaihtoa. Swazimaassa toimiva CANGO järjestö on yhteistyötä tukeva voima järjestöjen välillä, mutta esiin nousi myös ajatus kokonaisvaltaisemmasta organisoinnista, ettei mm. töiden päällekkäisyyksiä tulisi. Tällä hetkellä ei siis ole virallista tahoa kuka ottaisi vastuun, vaan jokainen järjestö huolehtii omasta kentästään. Valitettavasti tähän löytyy paljon väliinputoajia, ihmisiä jotka eivät ole minkään ohjelman tai organisaation tavoitettavissa. Koska minkäänlaista selkeää ja toimivaa kirjallista järjestelmää ei ole, kaikki tiedon kulku jää ihmisten varaan. Tämä on selkeä aukko ja asettaa mittavat haasteet terveydenhuollon toimijoille.

On siis selvää että Kansalaisjärjestöt ovat ottaneet paikkansa Swazimaan terveydenhuollon palveluketjussa merkittävänä tekijänä. Tätä nykyä lähes puolet tarjolla olevista palveluista on järjestölähtöistä. Tämä näkemys paistaa läpi haastatteluiden yhteenvedosta.

Kaiken kaikkiaan Kansalaisjärjestöjen toiminta ulottautuu laajalti Swazimaassa niin terveyden edistämisen, avustustyön, lääkinnällisen avun, valistusprojektien, ruoka-avun, sanitaatioiden rakentamisen ja maissin kasvattamisen muodossa. Selvitys antoi varmasti uskoa myös järjestöjen toimijoille, sillä heidän työstään ollaan kiinnostuneita ja sitä pidetään arvossa. Vaikkakaan tutkimus ei määrällisesti ollutkaan kovin laaja, oli yhteenveto tuloksista helppo koota vastausten yhteneväisyyden vuoksi. Swazimaalaiset huutavat apua.

7 POHDINTA

Tutkimus antoi paljon vastauksia organisaatioiden toiminnasta. Kaikilla päämääränä yhteinen hyvä, parempi elämänlaatu, oikeus ihmisarvoon, parempaan terveyteen ja ennen kaikkea arjen sairauksien hoitoon. Länsimaisessa kulttuurissa tuberkuloosi tunnetaan tautina joka on hoidettavissa, vailla automaattista kuolemanpelkoa. Swazimaassa vielä 2009 yksi korkeimmista kuolinsyyn aiheuttajista oli tuberkuloosi, sekä huomattava altistaja HIV:lle.

Tanzanian Presidentti Julius Nyererellä on kärkevä määritelmä kehitymiselle; Maa, kylä tai yhteisö ei voi olla kehittynyt, vaan se voi vain kehittää itseään. Oikea kehitys tarkoittaa ihmisten kasvua...Jos todellinen kehitys tapahtuu, on ihmisten oltava mukana siinä. Tieto ei tule vain kirjoista... Olisimme tyhmiä jos sallisimme kehityksen tai talouden tuhota ihmis- ja sosiaaliset arvot. Mitä Afrikan yhteisöt ovat rakentaneet vuosisatojen ajan.(Nyerere 1968). Tämä kuvastaa mielestäni osuvasti sitä mitä maailmalle on laajalti tapahtumassa. Kehityksen kasvu on kovaa ja rakaa, ne valtiot pysyvät mukana keillä resursseja siihen on. Muistettavaa olisi että terveyden edistämisessä on kyse ihmisistä, yksilöistä jotka muodostavat yhteisöjä ja kansakuntia. Kaikki eivät sovi samaan muottiin, eikä kaikilla ole mahdollisuutta edes yrittää sopia.

Mielestäni kansalaisjärjestöjen rooli yleisesti koko maailmassa on merkittävä, ei pelkästään Swazimaassa.

Maailma on suuri ja apua huutavia on valtavasti, tämä väistämättä korostui tehdessäni tutkimusta ihmisten parissa. Swazimaassa asuminen ehdottomasti avasi omaa maailmankatsomustani, aivan uudella tapaa mitä en ehkä osannut edes odottaa. Suurimpana tekijänä koen ihmisten iloisuuden, välillä hyvinkin karuissa ja alkeellisissa olosuhteista riippumatta. Kaikilla lähtökohdat eivät ole läheskään samanlaiset tai samanarvoiset, mutta siitä huolimatta ihmisten kasvoilta oli luettavissa elämänilo ja tyytyväisyys. Pienikin voi olla suurta, eikä tarvita välttämättä suuren maailman välineitä tai mahdollisuuksia. Mielestäni tämä jos

mikä on jotakin mihin kaikkien tulisi pyrkiä. Länsimaisessa kulttuurissa kasvaneet voivat tulla sokeiksi omille mahdollisuuksilleen, eikä osata enää arvostaa niitä pieniä asioita, elämän perusehtoja, terveyttä, kotia, perhettä ja työtä, mikä se sitten ikinä kullakin onkaan. Huomattavaa on myös se että sen pienen hetken koin olevani tarpeeksi, vailla minkäänlaisia suorituspaineita tai odotuksia. Tämä mielestäni on ihailtavaa afrikkalaisessa kulttuurissa, elämänrytmin sommittaminen omaan hyvinvointiin. Käsitystä kiire ei tunneta, eikä kaikki ole niin järjestelmällistä tai suunniteltua, organisoitua.

Alku kankeudesta huolimatta tutkimus pääsi paikanpäällä vauhtiin, mikä antoi motivaatiota rehevämmällekkin toteuttamiselle. Mutta kuten elämällä on usein tapana, tässäkin tapauksessa tielle tuli yllättäviä ylämäkiä ja mutkia, joista johtuen mm. työn toteutus ajautui omille poluille, entisen kollegani kanssa. Mainittakoon kuitenkin suuret kiitokset hänen asiantuntevasta panoksestaan sekä avusta englanninkielen ihmeellisessä maailmassa. Opinnäytteen tekeminen voi olla haastavaa sekä samaan-aikaan kasvattava prosessi, joka antaa eväitä tulevaa varten ammatilliselle minälle kuin yleisesti tulevaisuuteenkin. Olenkin mielestäni kasvanut niin ihmisenä työtä tehdessä kuin saanut varmuutta ja uutta ylpeyttä ammattiminäni, mikä varmasti kantaa vielä pitkään. Kehitysyhteistyö, maailman katastrofit sekä miljoonat hätää huutavat ympäri maailmaa herättivät oman auttamisen haluni ja siksi luulenkin että tulevaisuudessa aijon hakeutua projektityöhön kehitysmaihin tai vastaavanlaisiin työympäristöihin.

Selventääkseni vielä omaa tyytyväisyyttäni maassa oleskeluun, mainita täytyy että samaanaikaan kaikki nuo ihailtavat ja hitusen ehkä helpottavalta tuntuvat asiat ovat asioita tässä työssä, jotka puhuvat puolestaan. Suuremman moraalikäsitteen puuttuminen, ajan hallitsemattomuus, järjestyksen vaillinaisuus, korruptoitunut hallitus ja valtavat eriarvoisuuden asetelmat ovat syitä ja seurauksia kaikelle niille hurjille tilastolukemille, köyhyydelle ja rikollisuudelle. Siksi ihmettelenkin, miksi he silti jaksavat hymyillä. Työn alussa heitin ilmaan kysymyksen, että olemmeko todella niin erilaisia kuin luulemme? Yleistämättä tämän enempää, vastaan omaan ajatukseeni, että emme.

7.1 Tutkimusetiikka ja luotettavuus

Eettinen ja arvo-osaaminen merkitsee mm. sitä, että terveysalan ammattilainen osaa toimia ammatin etiikan ja arvot sisäistäen ja alan keskeisten periaatteiden mukaisesti kuten; tasa-arvoisuus, kulttuurisuus, väestö-, yhteisö- ja asiakaslähtöisyys sekä voimavarakeskeisyys. Terveysalan työntekijä osaa myös arvioida arvojen ja periaatteiden toteutumista omassa työssään, työyhteisössään ja terveydenhuollon järjestelmässä. Sairaanhoidajan siis tulee kohdella tilanteessa kuin tilanteessa toista ihmistä kunnioittaen ja lähimmäisen rakkaudella. Hän kuuntelee potilasta ja eläytyy tämän tilanteeseen parhaansa mukaan. Sairaanhoidajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen (Sairaanhoidajaliitto, 2012.) Kokonaisuudessaan Swazimaassa vietetty aika, harjoittelun suorittaminen ja tutkimuksen toteuttaminen tapahtui näiden eettisten periaatteiden pohjalta.

Kaikissa haastattelutilanteissa käytiin läpi tutkimuksen aihe ja sen tarkoitus. Ennen varsinaista haastattelutilannetta, esittäydettiin kunnioittavasti sekä kysyttiin vastaanottajalta suullinen lupa haastattelun nauhoittamiseen ja muistiinpanojen tekemiseen. Haastateltava sai myös itse vaikuttaa, tahtoiko pysyä anonyymina puhujana ja missä määrin hänen henkilökohtaisia mielipiteitään sai käyttää tekstissä. Kuitenkin kukin eri haastateltavan tahon edustaja ei esiintynyt yksityisenä henkilönä, vaan ks. Järjestön puolestapuhujana. Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaa-ehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus (Janhonen 2003, 39.)

Haastattelut suoritettiin englannin kielellä, mikä on Swazimaalaisten toinen puhuttu kieli suurimmalla osalla väestöä, jolloin kysymykset sekä vastaukset ovat tallentuneet yhteisesti ymmärretyllä kielellä. Joskin kummankaan tahon, niin haastattelijoiden kuin haastateltavienkaan virallinen äidinkieli ei aina ollut englanti, joten tästä syystä joissakin kohdin on pitänyt esittää tarkentavia kysymyksiä tai jättää epäselviä virkkeitä pois tuloksien purun yhteydessä. Koska työn tarkoitus muutti lopulta muotoaan ja lopulliseksi kirjoituskieleksi osoittautui omassa työssäni

suomenkieli, koin parhaaksi kääntää myös haastattelut, sekä työssä käytetyt lainaukset jotta tämä helpottaisi työn lukemista. Aineiston kääntäminen tapahtui yhteistyössä entisen kumppanini kanssa ja koen myös oman kielitaitoni kehittyneen valtavasti joten uskon alkuperäisen sanoman säilyneen käännöksestä huolimatta.

Opinnäytteen luotettavuutta kuvaa vahvistunut side haastatteluiden ja lähdemateriaalin välillä. Vaikkakin tutkimus ei numeraalisesti ole laaja, ovat sen tulokset sitäkin relevantimpia, sillä yhteys aineiston ja tulosten välillä ovat selkeitä.

LÄHTEET

Abdelhamid Pirkko, Juntunen Anita & Koskinen Liisa 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOY

Aho Kimmo & Hiltunen-Back Eija 2007. HIV- tartunta. Terveyskirjasto.

Viitattu 14.5.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes0009

Avert. 2011c. HIV and AIDS in Swaziland. Viitattu 5.9.2012.

<http://www.avert.org/aids-swaziland.htm>

CANGO 2010. Who is CANGO? Viitattu 14.5.2012. <http://www.cango.org.sz/>

CIA (Central Intelligence Agency of the United States of America) 2011. The World Factbook. Africa: Swaziland. Viitattu 24.5.2012

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/wz.html>

Epidemiological Country Profile on HIV and AIDS Swaziland 2008. Geneva: UNHRCR, UNICEF, WFP, UNDP UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO, World Bank.

Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS Swaziland 2008. Core data on epidemiology and response. Geneva: WHO, UNAIDS and UNICEF.

Government of Swaziland. Ministry of Health and Social Welfare 2004.

Viitattu 18.4.2012. http://www.gov.sz/index.php?option=com_content&view=article&id=267&Itemid=285

Government of Swaziland. Ministry of Health and Social Welfare 2011.

Viitattu 18.4.2012

<http://www.gov.sz/default.aspx?pid=97&stepid=1&oid=104>

- Halonen Tarja. & Haavisto Pekka 1999. Laajan turvallisuuden ulottuvuuksia. Köyhyyden vähentäminen luo inhimillistä turvallisuutta. Helsinki: Ulkoasiainministeriö.
- Hirvinen Sinikka, Mäkinen Helena, Pakarinen Marja. 2008. Hiv-hoitotyön käsikirja. Suomen HIV- ja Aids-sairaanhoitajayhdistys ry, Hiv-säätiö ja Aids-tukikeskus & HUS.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki, WSOY.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka. & Ockenström, Leena. 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä varten. Helsinki.
- Kuusijärvi, Sanna 1999. Ihmisoikeudet ja kehitys. Helsinki: Suomen YK-liitto.
- Leininger, Madeleine 1994. Transcultural nursing. Hoitotyön teoreerikot ja heidän työnsä. Suomentanut Viitanen Raija. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Leiningerin transkulttuurinen malli. (verkkojulkaisu). Rovaniemen-amk. Viitattu 9.11.2012.
<http://akosote.roiakk.fi/AKOSOTE/tepo/pohjoisuus/auringonnousumalli.jpg>
- Marriner- Tomey Ann 1994. Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Suomentanut Viitanen Raija. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Niemi, Timo 2003. "Pienet jalat suurissa saappaissa" Swazinuorten ajatuksia elämästä ja tulevaisuudesta. Kasvatustieteen progradu-tutkielma. Opettajankoulutuslaitos. Turun yliopisto.

- Perkiö, Minna. 2009 Perspectives to Global Development. Tampereen yliopistopaino Oy. Viitattu 8.9.2012
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65508/978-951-44-7889-5.pdf?sequence=1>
- Richmond, Simon 2002. South Africa, Lesotho, Swaziland. 5 edition. Victoria, Australia: Lonely Planet Publications Pty Ltd.
- Rural Poverty Portal 2011. Rural poverty in the Kingdom of Swaziland. Viitattu 14.9.2012.
<http://www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/home/tags/swaziland>
- Shemeikka, Riikka. & Alkio, Paula 2004. Aids Afrikassa. Tietopaketti HIV/aids-tilanteesta. Helsinki: Väestöliitto.
- Ståhl, Timo & Rimpelä, Arja 2010. Terveystien edistäminen, tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Yliopistopaino.
- Suomen Sairaanhoitajaliitto ry 2012. Viitattu 6.9.2012
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Suomen YK-liitto. 2008 Globalis. Viitattu 5.9.2012
<Http://www.globalis.fi/Maat/Swazimaa>
- Suomi Sanakirja. 2012. Helsinki. www.suomisanakirja.fi
- The Draft Constitution. 2003. What's in Store for Swazi Women? Publisher: Mbabane. Women and Law in Southern Africa Research & Educational Trust –Swaziland.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuominen, Risto. 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Porvoo; Helsinki: Juva.

UNPD (United Nations Development Programme) 2008. Swaziland Human Development Report. HIV and AIDS and culture. Webster Print.

USAID (United States Agency for International Development) 2010. Swaziland: HIV/AIDS Profile. Viitattu 5.9.2012
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/swaziland_profile.pdf

Vertio, Hannu. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Tammi.

Virolainen, Katri 2012. Tutkimusaineisto ja muistiinpanot Swazimaasta.

Vuokko, Pirjo. 2004. Nonprofitorganisaatioiden markkinointi. Helsinki: WSOY.

Vuorinen, Marja; Särkelä, Riitta; Perälähti, Anne; Peltosalmi, Juha; Leena, Peisa; Londén, Pia & Eronen, Anne 2005. Vertaansa vailla. Ajankohtaiskuva sosiaali- ja terveysjärjestöistä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Whiteside, Alan; Hickey, Alison; Ngcobo, Nkosinathi & Tomlinson, Jane 2003. What is driving the HIV/AIDS epidemic in Swaziland, and what more can we do about it? UNAIDS, HEARD & NERCHA.

WHO 2009. Country Cooperation Strategy: Swaziland 2008-2013. Viitattu 5.9.2012
<http://www.afro.who.int/en/swaziland/swaziland-publications.html>

LIITE 1

Questions for the NGO's.

1. What kind of a work do u do and which field?
2. Which groups use those services and how the NGO's reach them?
 - What about HIV/ Aids work?
3. What developes there are?
4. How other NGO's and the Government could support more?

Questions for the Ministry of Health.

1. Self introduction of the interviewee, job description and areas of responsibility?
2. What kind of work does the ministry of health carry out in co-operation with NGO's in the field of health promotion?
3. Is there a certain area in the field of co- operation, if so, why?
4. In what ways could the work of NGO's be of support for the government in providing health services?

